

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N° 335

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ BAULOT

Né le 7 Juillet 1891, Vitteaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de la

SYPHILIS DE L'ESTOMAC

à forme d'Ulcère

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur

— PARIS —

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

Louis ARNETTE

2, RUE CASIMIR - DELAVIGNE, 2

—
1921



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ BAULOT

Né le 7 Juillet 1891, Vitteaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de la

SYPHILIS DE L'ESTOMAC

à forme d'Ulcère



Président : M. NOBÉCOURT, Professeur

— PARIS —

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

Louis ARNETTE

2, RUE CASIMIR - DELAVIGNE, 2

—
1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen : M. ROGER

Assesseur : G. POUCHET

Professeurs : MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale.....	DESGREZ
Bactériologie	BESANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.....	Marcel LABBE
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Pierre DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.....	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.....	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses.....	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.....	Auguste BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

Agrégés en exercice : MM.

ABRAMI	FIESSINGER	LELORIER	RIBIERRE
ALGLAVE	GARNIER	LEMIERRE	RICHAUD
BASSET	GOUGEROT	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOIN	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERRE	GUENIOT	LERI	SCHWARTZ (A.)
BRANCA	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	TANON
CAMUS	GUILLEMINOT	MATHIEU	TERRIEN
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TIFFENEAU
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	VILLARET
CHIRAY	LABBE (Henri)	MULON	
CLERC	LAIGNEL	OKINCZYC	
DEBRE	LAVASTINE	PHILIBERT	
DESMAREST	LANGLOIS	RATHERY	
DUVOIR	LARDENNOIS	REITERER	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE A MA MÈRE
MEIS ET AMICIS

A mon président de Thèse
MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT
Professeur de Clinique des Maladies des Enfants

*En le remerciant du grand honneur
qu'il a bien voulu nous faire en accep-
tant la présidence de notre thèse.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS BENSAUDE ET RIVET
Médecins des Hôpitaux

*Qui nous ont donné le sujet de
notre thèse. Avec l'hommage de notre
respectueuse et profonde reconnais-
sance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. P^r LÉON BERNARD
D^r ARROU
D^r LESNÉ
D^r LOUIS RAMOND
D^r V. MÉNARD (DE BERCK)
D^r MACÉ
D^r RIVET
D^r DE MASSARY

INTRODUCTION

Andral (1838) fut le premier qui songea à la possibilité d'une syphilis gastrique. Depuis cette époque, nombre d'observations cliniques et anatomiques furent publiées par Cornil, Galliard, Chiari, Einhorn, Flexner, Hemmeter, Stokes et dans les thèses de P. Barbier et de H. Pater. Mais c'est surtout depuis les travaux du P^r Fournier, du P^r Dieulafoy, et du P^r Hayem que la syphilis de l'estomac sous ses différentes formes, et à forme d'ulcère en particulier, a été considérée comme une manifestation fréquente. Un chapitre spécial pour la syphilis gastrique est réservé maintenant dans tous les traités de médecine.

La syphilis gastrique fut considérée jadis comme une rareté, parce qu'on attacha une trop grande importance à des statistiques, comme celle de Chiari, où le diagnostic de syphilis n'était porté qu'à la suite de preuves anatomiques. Or, il s'agit de manifestations essentiellement curables de la syphilis, il faut donc tenir compte des cas purement cliniques qui guérissent par le traitement. D'autre part, pour instituer le traitement il ne faut pas chercher cliniquement de symptômes spéciaux: « Exiger de la syphilis gastrique des symptômes spéciaux c'est se condamner à ne la diagnostiquer jamais et à ne la reconnaître qu'à l'autopsie. Je demande aux malades ce qu'ils penseraient d'un tel procédé diagnostique. » (Fournier).

Ces dernières années les observations d'ulcère gastrique syphilitique se sont multipliées, diverses ont été relatées à l'étranger ainsi qu'en France par MM. Leven, L. Ramond, Castaigne, dans la thèse de Kurzenne et MM. Bensaude et Rivet qui ont bien voulu nous permettre de publier quelques observations récentes et inédites.

L'orientation du diagnostic a été facilitée par de nouveaux moyens d'investigation. L'étude du chimisme gastrique, la radioscopie, la réaction de Bordet-Wassermann ont permis de constater que l'ulcère gastrique syphilitique était assez fréquent, et ainsi dans certains cas cliniques et pratiques le traitement spécifique a pu être institué, donnant des résultats immédiats et remarquables. Il faut ajouter également que les cas de syphilis gastrique sont plus fréquemment dépistés parce que, l'attention étant attirée sur les faits de ce genre, on songe à les mettre en évidence, et c'est là une condition essentielle pour le diagnostic de tels faits.

ÉTIOLOGIE

Laissant de côté la syphilis héréditaire chez le nouveau-né nous étudierons uniquement l'ulcère syphilitique chez l'adulte.

L'ulcère est la forme de syphilis gastrique la plus fréquente. Dans sa thèse, Barbier trouve sur 56 cas anatomiques de syphilis gastrique 19 cas d'ulcérations, sur 60 cas cliniques, 16 évoluent comme l'ulcère rond, sur ces 16, trois dans la période secondaire de la syphilis.

Selon Pater l'homme est le plus souvent atteint, il cite 28 cas de syphilis gastrique chez l'homme pour 7 chez la femme.

La date d'apparition des phénomènes gastriques après le chancre est variable. L'ulcère syphilitique a été observé en période secondaire, des observations de Keser, de Mamuela, de Baylac et Chamayac le prouvent. Mais c'est en général en période tertiaire que les symptômes apparaissent, et vers l'âge moyen de la vie, tantôt 5 ou 6 ans après la contamination tantôt 20 ans et même plus.

Certains auteurs même prétendent que la syphilis héréditaire ou acquise est la véritable étiologie de l'ulcère gastro-duodénal, Neumann, cité par Soupault dans son traité des maladies de l'estomac, dit dans 10 p. 100 des cas.

Pendant la guerre, Castaigne, a recherché la syphilis sur 40 malades évacués pour ulcère gastrique, 5 avaient des an-

técédents spécifiques, 4 furent guéris par l'association du traitement mercuriel au traitement habituel de l'ulcère rond.

On relève fréquemment dans les antécédents comme causes adjuvantes : l'alcool, le tabac, les traumatismes.

L'ulcère syphilitique qui fut considéré pendant longtemps comme une rareté a donc été observé de plus en plus fréquemment. En 1905, le P^r Hayem disait : « Dans ma carrière déjà longue et parmi tant de malades soignés par moi pour des affections de l'estomac, je n'ai rencontré que 4 cas, peut-être 5, de syphilis stomacale ; mais il est possible que j'en aie méconnu un certain nombre. » Quelques années plus tard, en 1911, il constatait que les affections syphilitiques de l'estomac étaient de plus en plus fréquentes en observant 4 ou 5 par an.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions de la syphilis gastrique sont caractérisées par un premier stade d'infiltration gommeuse. *Ces infiltrats gommeux* peuvent se rencontrer sur tous les points de l'estomac, mais de préférence sur la paroi postérieure au voisinage de la petite courbure. Tantôt unique, tantôt multiples, en forme de nodules ou de plaques arrondies ou ovalaires, de dimensions variables, ces infiltrats peuvent former un relief de 8 à 12 millimètres (Cornil). Sur une coupe, c'est en général la sous-muqueuse qui constitue l'épaississement, la muqueuse et la musculuse peuvent être saines ou épaissies également.

Les *lésions histologiques* sont caractérisées par une production de tissu conjonctif hypertrophié, remplissant la sous-muqueuse et pouvant s'étendre aux autres tuniques.

Les *lésions vasculaires* ont les caractères de l'endartérite oblitérante; on peut constater une disposition compacte des cellules d'infiltrations autour des vaisseaux sanguins.

Comme la gomme cutanée, ces infiltrations se ramollissent, et alors succède la phase d'ulcération. L'*ulcération* est le plus souvent unique, quelquefois on en trouve plusieurs, elle peut siéger partout, mais de préférence sur la paroi postérieure. Les dimensions sont variables, allant de 1 millimètre à 4 ou 5 centimètres (Flexner). L'ulcération peut être légère n'entamant que la partie la plus superficielle des tuni- 2

ques stomacales, tantôt profonde entamant les tissus, allant parfois jusqu'à la perforation péritonéale ou artérielle. Les bords de l'ulcère qui sont taillés à pic, se trouvent entourés par un bourrelet périphérique dur. Le fond de l'ulcération de teinte grisâtre ou jaunâtre est constitué soit par du tissu sous-muqueux, soit par la musculaire.

La *constitution histologique* est sa vraie caractéristique. « L'ulcère est creusé dans des tissus antérieurement malades, parsemés d'infiltrations gommeuses, de productions conjonctives, de lésions vasculaires qui président à sa genèse et à son développement. » (Pater).

Les *lésions vasculaires* sont d'une grande importance; allant depuis la disposition compacte des cellules d'infiltrations autour des vaisseaux jusqu'aux lésions presque constantes d'endartérite et d'endophlébite oblitérante. Pour Flexner et Cesaris-Demel le ramollissement et l'ulcération seraient le résultat de l'oblitération des vaisseaux.

La présence du tréponème n'a jamais été signalée dans les lésions de la syphilis gastrique de l'adulte.

Succédant à l'ulcération guérie un stade de *cicatrisation* sans rien de spécial. Les cicatrices sont tantôt petites tantôt étendues suivant le degré du processus destructif qui a précédé, mais elles peuvent donner alors des rétrécissements ou des déformations qui sont l'origine de troubles graves.

L'ulcère syphilitique de l'estomac est donc au point de vue anatomo-pathologique le résultat de l'ulcération d'une gomme.

Toutefois on a signalé un ulcère syphilitique de la période secondaire mais il n'est connu que cliniquement.

SYMPTOMES

La syphilis de l'estomac à forme d'ulcère se présente sous la même physionomie générale que l'ulcère rond, avec des symptômes à peu près identiques, ou peu s'en faut.

L'*ulcère de la période secondaire*, exceptionnel, a été décrit par Keser qui cite le cas d'une jeune fille atteinte de douleurs gastriques et hématoméses au quatrième mois de la syphilis, guérie par le traitement spécifique. Mamuela, d'autre part, rapporte l'observation d'un malade, sans passé gastrique avant son chancre, présentant en période secondaire: des vomissements, des douleurs gastriques, des hématoméses et du méléna, guéris vite et définitivement par le traitement spécifique.

L'*ulcère syphilitique tertiaire* présente, selon le P^r Fournier, deux grands symptômes: la douleur xipho-rachidienne et surtout par dessus tout la gastrorrhagie.

Pendant une période plus ou moins longue, le malade peut n'accuser que des troubles dyspeptiques accompagnés souvent d'hyperchloridrie et de vomissements. Puis apparaît la douleur. Circonscrite à la région xyphoïdienne et accompagnée très souvent d'une douleur correspondante au rachis, elle est augmentée soit par l'ingestion d'aliments soit par la digestion stomacale. Rosanow cite un cas de douleurs nocturnes. Les crises douloureuses sont assez violentes, pouvant revenir par intermittence, d'autres fois fai-

sant complètement défaut, c'est par l'hématémèse soudaine que débute la maladie.

L'hématémèse se produit différemment suivant les cas. Tantôt foudroyante, tantôt intermittente, n'apparaissant qu'à des intervalles plus ou moins longs, parfois répétée fréquemment, pouvant même être quotidienne. Si l'hémorragie de l'estomac est abondante, dans l'hématémèse qui suit, le sang vomi est rouge, mais s'il séjourne un peu dans l'estomac, il est rejeté en caillots, et quelquefois passe de l'estomac dans l'intestin donnant le melaena.

La quantité de sang évacué est tantôt légère, tantôt moyenne, parfois même excessive, allant jusqu'à un demi-litre et même plus. Si l'hémorragie est abondante, ou lorsque les hématémèses sont répétées, on a des phénomènes graves d'anémie et d'épuisement avec tendance au collapsus, aux syncopes et pouvant même donner la mort à brève échéance.

Quelques rares cas où l'hématémèse fait défaut ont été signalés, comme dans une observation de Capozzi, cité par Fournier, et une de Mac Neill, cité dans la thèse de Kurzenne. Mais si la recherche du sang dans les fèces était faite on trouverait des traces d'hémorragie occultes.

L'ulcère syphilitique peut revêtir diverses formes cliniques.

Dans certains cas la douleur est le symptôme prédominant, comme dans une observation du Pr Dieulafoy : (Obs. XI) : « Je trouve le malade blotti dans son lit, abruti par la souffrance. » Une douleur xypho-rachidienne qui le traverse de part en part, le prive de tout repos et qui n'est jamais plus vive qu'après les repas. Douleur qui n'est calmée par aucune

médication. Dans une observation de Clarck (Obs. VI), citée par Kurzenne dans sa thèse, un homme de 65 ans a des crises douloureuses depuis l'âge de 30 ans, crises qui reviennent chaque fois avec plus d'intensité. Le malade ne dort plus, il est amaigri, cachectique. Une intervention chirurgicale montre deux petits ulcères près du pylore. L'examen histologique conclut nettement à un ulcère syphilitique.

Dans d'autres observations au contraire, la douleur fait complètement défaut, et c'est d'emblée, sans symptômes gastriques que surviennent les *hématémèses*. Elles peuvent être foudroyantes et entraîner rapidement la mort. Tel le cas de Fioupe (Obs. IX), cité par Fournier, où le malade est pris brusquement, en se mettant à table, d'éblouissements et de vomissements de sang. Cinq jours après le malade meurt. Hématémèse soudaine aussi dans l'observation I, que nous devons à l'obligeance de MM. Bensaude et Rivet. La malade sans passé gastrique, en pleine santé apparente, est prise de vomissements de sang. Le diagnostic de syphilis gastrique étant fait, la malade guérit par le traitement spécifique. Dans une observation de M. Louis Ramond (Obs. V), aucun trouble gastrique, également, ne précède l'hématémèse qui apparaît brusquement en cours d'une promenade.

La syphilis gastrique à forme d'ulcère peut prendre une *forme chronique*, où les symptômes apparaissent de temps en temps, après une période plus ou moins grande de rémission. Dans les observations II et III, que MM. Bensaude et Rivet nous ont permis de publier, on constate cette forme évolutive. L'observation II est celle d'un malade qui, de 1909 à 1913, présente des symptômes d'ulcère qui se montrent à plusieurs reprises et irrégulièrement, chaque crise est guérie

par le traitement spécifique. Dans l'observation III, le malade a des crises douloureuses qui se répètent deux à trois fois par an, puis quatre à six fois, de l'âge de 39 à 46 ans, âge où apparaît une hématomèse.

Des *formes complexes* peuvent intervenir dans l'évolution de l'ulcère syphilitique. La *perforation*, qui est une complication rare. Barbier n'en cite que deux cas; un qui fut une découverte d'autopsie et l'autre dû à Flexner, où le malade, avant de mourir, présenta les symptômes d'une péritonite.

La *sténose pylorique* qui peut se présenter sous différents aspects, donnant parfois l'impression d'une lésion bénigne, ou alors, revêtant une forme grave rappelant la sténose cancéreuse.

La *forme bénigne* se rencontre chez des malades qui ont présenté pendant un certain temps les signes habituels de l'ulcère. Les douleurs diminuent, les vomissements sont espacés, mais plus abondants, contenant des aliments ayant déjà subi la digestion stomacale. Les douleurs disparaissent avec le vomissement lorsque l'estomac est vidé. La dilatation peut être assez marquée. Ces malades lorsque le diagnostic n'est pas fait sont opérés, mais si l'on songe à la syphilis et que l'on institue le traitement spécifique, on a des résultats merveilleux comme dans une observation de M. Leven (Obs. VII), où la guérison du malade est obtenue avant la fin du traitement.

Le tableau est plus sombre dans la *sténose pylorique simulant une sténose cancéreuse*. Après une période assez longue de troubles ressemblant à l'ulcère, le malade a des crises douloureuses après les repas, des vomissements alimentaires contenant des aliments ingérés la veille.

Le liquide de stase présente les caractères observés dans la sténose cancéreuse. Le malade maigrit, perd ses forces, devient cachectique. La palpation de l'estomac peut révéler la présence d'une tumeur coïncidant avec les symptômes. L'évolution peut durer plusieurs mois, voire même des années, le temps que la sténose se constitue. Souvent chez ces malades le diagnostic n'est pas fait, une intervention chirurgicale est pratiquée, et c'est seulement l'examen histologique de la pièce enlevée, qui permet de constater la nature syphilitique de la lésion. Mais si l'on songe à la syphilis, un traitement étant institué, on peut assister à des résultats merveilleux, comme dans une observation, publiée en 1919, par MM. Bensaude et Rivet.

Quelques cas de *sténose medio-gastrique* ont été signalés surtout depuis l'emploi de la radioscopie. L'évolution peut présenter deux stades. Dans une période plus ou moins longue, le malade a des symptômes d'ulcère chronique : douleurs, vomissements, quelquefois hématomèse. Dans une seconde période le malade a des vomissements, parfois très abondants, ou on retrouve des aliments ingérés depuis plusieurs jours. C'est une période caractérisée par les symptômes de rétention alimentaire. L'estomac paraît dilaté, on peut voir deux parties distinctes, mais c'est surtout la radioscopie qui fait le diagnostic. Une observation de sténose médio-gastrique, publiée par MM. Beclère et Bensaude, montre un malade qui fut guéri par le traitement spécifique.

La syphilis de l'estomac à forme d'ulcère par son évolution, par ses complications, peut donc présenter des tableaux cliniques divers, mais qui tous, si le diagnostic est fait, sont vite transformés, et aboutissent à une guérison rapide par le traitement spécifique.

DIAGNOSTIC

En présence d'un malade qui a des symptômes d'ulcère gastrique, pour arriver à faire le *diagnostic de syphilis*, il faudra tout d'abord y songer. Dans l'interrogatoire sur les antécédents, chercher à dépister l'existence d'une spécificité ancienne, se renseigner sur les traitements que le malade a suivis auparavant.

L'examen permettra de constater s'il n'y a pas *coexistence de manifestations syphilitiques* en évolution ou s'il n'existe pas de cicatrices caractéristiques. On recherchera des signes de syphilis en évolution d'abord du côté du système nerveux : signe d'Argyll, abolition des réflexes, lymphocytose rachidienne. Dans l'observation IV, MM. Bernaude et Rivet ont ainsi dépisté une paralysie générale au début chez un malade qui venait consulter pour troubles gastriques. On recherchera sur tout le corps s'il n'existe pas de gommes en évolution ou cicatrisées. L'examen de la bouche permettra de voir s'il n'y a pas de leucoplasie, si le voile du palais n'a ni cicatrices ni déformation.

Il ne faudra pas négliger de faire *une réaction de Bordet-Wassermann* qui aidera à orienter le diagnostic.

Si le traitement habituel de l'ulcère de l'estomac a été employé sans succès, le *traitement spécifique d'épreuve* devra être tenté, dès son emploi on constatera une amélioration remarquable. La gastrorrhagie abondante qui est une

tendance spéciale de l'ulcère syphilitique est vite enrayée par le traitement spécifique. C'est par cette épreuve thérapeutique, que l'on pourra parfois arriver à différencier l'ulcère gastrique syphilitique de l'ulcère rond.

Mais les hématomés peuvent exister sans aucune lésion gastrique et dépendre de *lésions syphilitiques de la rate, du pancréas et surtout du foie*. Il faudra rechercher l'existence de symptômes de précirrhose ou de cirrhose.

Certaines *crises gastriques du tabès* avec troubles dyspeptiques, vomissements et hématomés peuvent simuler la syphilis gastrique à forme d'ulcère, mais on cherchera le signe d'Argyll, l'abolition des réflexes, la radioscopie fournira des renseignements utiles. Le traitement spécifique qui pour l'ulcère donne de si beaux résultats reste habituellement sans effet dans des crises gastriques du tabès.

Dernièrement MM. Bouchut et Lamy ont signalé des cas de *gastro-radiculite* chez des syphilitiques non tabétiques. Par la continuité et la régularité des phénomènes douloureux, une gastro-radiculite peut simuler l'ulcère, mais l'examen de l'estomac par la radioscopie et la recherche du sang dans les fèces donne des résultats négatifs. S'il y a association de gastro-radiculite à forme continue et d'ulcère syphilitique, le diagnostic alors devient fort difficile.

Dans les *sténoses pyloriques* simulant la sténose ulcéreuse ou cancéreuse, on recherchera avec soin les antécédents spécifiques, les symptômes d'ulcère qui ont précédé, et si le traitement habituel est resté inefficace, comme le dit le P^r Hayem : « Alors même qu'on ne trouvera pas d'antécédents syphilitiques il sera indiqué — si l'opération n'est pas urgente — d'essayer un traitement spécifique. »

Les symptômes cliniques de la *sténose médio-gastrique* ne permettent pas d'affirmer sa nature syphilitique, mais la radioscopie permettra de constater l'amélioration rapide due au traitement spécifique.

Il faut donc se souvenir des paroles du P^r Fournier : « L'estomac lésé par la syphilis, n'a pas pour exprimer sa souffrance des troubles fonctionnels différents de ceux qui servent d'expression à des lésions gastriques relevant de causes différentes. » Aussi, lorsqu'on se trouve en présence d'un malade ayant des troubles gastriques, il ne faudra jamais négliger de mettre la syphilis en cause dans son bilan diagnostique, et ne pas craindre d'instituer un traitement d'épreuve pour peu que l'intervention de la syphilis dans l'affection gastrique puisse être suspectée.

PRONOSTIC

Le pronostic est essentiellement subordonné au diagnostic. Deux cas se présentent : ou la nature syphilitique de l'ulcère gastrique est méconnue et alors le pronostic est grave, ou la syphilis est connue et le pronostic est bénin.

La syphilis est méconnue : l'ulcère, rebelle aux traitements et sujet aux récidives, suit son évolution naturelle. Il peut se produire des hémorragies foudroyantes, suivies de mort, ou une perforation péritonéale avec toutes ses complications. Des sténoses pyloriques à marche lente et progressive, avec dénutrition et cachexie, prennent l'aspect de sténoses cancéreuses, et font penser à un néoplasme.

La syphilis est connue : le pronostic est tout autre. Le traitement institué dès le début aura une action rapide, et donnera des guérisons merveilleuses. La forme ulcéreuse surtout est très curable. Dans la forme sténosante on peut cependant ne pas avoir une guérison complète, ceci tient au tissu cicatriciel qui offre une certaine résistance au traitement spécifique.

Si dans l'évolution d'un ulcère gastrique la nature syphilitique est soupçonnée le traitement d'épreuve donnera vite une amélioration et un bien-être que le malade ne connaissait pas avec le traitement habituel de l'ulcère ce qui est de tout premier ordre dans la pratique médicale.

TRAITEMENT

Le traitement de la syphilis gastrique à forme d'ulcère a été différent, suivant les temps et les auteurs. Le traitement mixte à l'iodure et au mercure était employé par le P^r Fournier. Malgré l'ulcération, l'estomac supporte bien ce traitement, alors que l'ulcère simple serait rapidement aggravé par une telle médication. L'iodure était employé à la dose de 2 à 4 grammes par jour, en solutions très diluées dans du lait et fractionnées.

Plus récemment, on a la tendance à employer de préférence les composés arsenicaux : hectine, arsénobenzol, novarsénobenzol, afin d'éviter l'action directe des autres médicaments sur la muqueuse gastrique. Certains auteurs emploient un traitement mixte de mercure et de novarsénobenzol.

Si le diagnostic est hésitant l'emploi des composés arsenicaux par leur *action rapide et efficace* permettra de l'orienter d'une façon certaine. Si la syphilis n'est pas en cause ils auront l'avantage de remonter l'état général du malade.

Le traitement chirurgical ne s'impose qu'en cas d'hémorragie semblant menacer la vie du malade, en cas de perforation péritonéale, ou encore dans certains cas de sténose cicatricielle post-ulcéreuse qui ne réagissent plus au traitement spécifique.

OBSERVATIONS (1)

Obs. I. — (Inédite.) — *Syphilis gastrique à forme d'ulcère.*

M^{me} M. L..., 35 ans, ne présente dans ses antécédents *aucun passé gastrique*, malgré les régimes les plus extravagants, suivis pour maigrir. En dépit de céphalées fréquentes ayant entraîné un certain abus d'aspirine, et de fatigue facile, elle a toujours mené une vie très active. On relève dans ses antécédents une fausse-couche, à l'âge de 22 ans, d'ailleurs entre deux grossesses normales.

En 1913, trois ans avant l'apparition des manifestations gastriques, à la suite de troubles qualifiés de grippe infectieuse, la malade fut atteinte de *troubles visuels* (amblyopie, diplopie) qui durèrent cinq mois. Elle fut alors soignée par le Dr Schrameck, qui, à la suite d'un examen de sang, institua un traitement par injections intra-veineuses, dont l'une détermina une escarre : il s'agissait évidemment d'injections de cyanure de mercure ou de salvarsan. Sous l'influence de ce traitement, les troubles oculaires rétrocédèrent en quelques jours, pour ne plus reparaître ; actuellement, la vision est parfaite.

Mentionnons que le mari de M^{me} M. L. présente le signe d'Argyll, l'abolition des reflexes rotuliens et des bourdonnements d'oreille en rapport avec un tabès fruste.

C'est le 19 janvier 1916 que, en pleine santé, interrompant une vie mondaine très active, la maladie débute brusquement. La veille au soir, au retour d'un dîner en ville, M^{me} M. L. avait res-

1. Les observations I, II, III, IV, sont celles auxquelles MM. Bensaude et Rivet ont fait allusion en les résumant très brièvement dans leur article de la *Presse Médicale* du 25 octobre 1919. Nous les remercions de nous avoir permis de les publier ici *in extenso*.

senti un certain malaise, qui s'était prolongé la nuit. Au matin, elle se sentait mal à l'aise, et n'avait pas déjeuné. Dans l'après-midi, elle prend le thé chez elle, avec une amie, et, après l'avoir reconduite, elle est prise de nausées, vertiges, bourdonnements d'oreilles, tendance syncopale; elle tombe sur le tapis, et a un vomissement hémorragique très abondant, avec caillots, suivi d'une évacuation intestinale sanglante. Le D^r Léopold Lévi, appelé d'urgence, a l'impression d'une hémorragie gastrique qui s'est produite dans la nuit et extériorisée plus tard. Il diagnostique un ulcère stomacal et institue le traitement suivant : repos, glace, diète absolue, lavements de sérum.

Aucun incident n'étant survenu les jours suivants, le 24 janvier, elle veut s'alimenter et prend à son déjeuner un plat de nouilles : à 4 heures, survient une nouvelle hémorragie, aussi grave que la première, avec les mêmes symptômes généraux, et en plus, apparition de vives douleurs épigastriques avec irradiations dorsales. Le D^r Léopold Lévi prescrit à nouveau diète et sérum. Le D^r Bensaude, appelé le 25 janvier, prescrit un traitement avec 20 grammes de bismuth par jour.

Le 16 mars, le Prof. Gilbert appelé en consultation porte le diagnostic de syphilis gastrique. La réaction de Bordet-Wassermann, pratiquée le 17 mars par le D^r Hallion est *fortement positive*. On institue un traitement par l'hectine, sous l'influence de laquelle l'état général s'améliore et la malade reprend des couleurs.

La recherche du sang dans les matières fécales pratiquée par M. Carrion, à l'aide des méthodes de Weber, de Meyer et d'Adler, donne un résultat fortement positif le 10 février, négatif le 29 février, positif le 15 mars, et enfin négatif le 24 mars, le 8 avril, le 22 avril et le 17 juin 1916.

Le 11 avril, à la suite d'une consultation avec le D^r Darier, on pratique une série d'injections de benzoate de mercure, puis d'huile grise, suivie d'une cure à Luchon.

L'amélioration est rapide et définitive : l'anémie régresse rapidement; l'examen du sang, qui avait donné, le 7 avril 1916,

3.780.000 globules rouges, avec 65 p. 100 d'hémoglobine, donne le 5 novembre 1916, 4.620.000 globules rouges avec 95 p. 100 d'hémoglobine. (Agasse-Lafont.)

Depuis lors, c'est-à-dire depuis trois ans, la malade n'a plus présenté aucun malaise gastro-intestinal, bien qu'elle n'ait plus suivi aucun traitement, ni observé aucun régime.

Obs. II. — (*Inédite.*) — *Syphilis gastrique à forme d'ulcère. Manifestations à rechutes, qui cèdent chaque fois au traitement spécifique.*

M^r C. P., 60 ans; chancre induré à l'âge de 24 ans. Depuis quelques années, à la suite d'une pleurésie, il présente du catarrhe chronique des bronches. Fréquentes alternatives de constipation et de diarrhée, mais jamais de douleurs bien vives du côté de l'estomac.

Le 3 octobre 1909, en arrivant à Naples, il est atteint d'une indigestion, suivie de diarrhée, avec des selles noires comme du goudron, qui se répètent deux jours de suite. L'estomac reste ensuite douloureux, avec tympanisme abdominal, état vertigineux et sensation de grande fatigue.

Le 15 octobre 1909, il arrive à Paris et vient consulter l'un de nous. Il accuse toujours de vives douleurs d'estomac, et sa diarrhée a fait place à une constipation persistante. Affaiblissement marqué et amaigrissement de 4 kilogs en un mois. On prescrit le repos au lit, le régime lacté et du bismuth.

Le 22 octobre 1909, le malade continuant à souffrir malgré le traitement, on commence le traitement spécifique : une piqûre de 1 centigr. de biiodure de mercure par jour. Dès la seconde piqûre, le malade ressent une amélioration notable, qui s'accuse davantage les jours suivants et lui permet bientôt de reprendre ses occupations.

Le 15 novembre, il repart pour Lisbonne tout à fait bien.

Au bout de quelque temps, il est repris, à Lisbonne, de nouveaux accidents à type d'ulcère, avec méloëna. Le traitement par le repos au lit, le lait et le bismuth, n'ayant donné aucune amé-

lioration, le Dr Léao lui refait des piqûres de biiodure, et immédiatement survient l'amélioration, avec augmentation de poids : le malade arrive à peser 62 kilogs. Et pendant deux ans il va parfaitement bien.

En 1912, à Paris, il est repris de troubles digestifs, qui cèdent à nouveau aux piqûres. Après quoi il se porte très bien et peut manger et boire comme tout le monde.

En août 1913 à Rio de Janeiro, reprise de troubles gastriques, avec amaigrissement de 7 kilogs $\frac{1}{2}$. On lui fait alors 24 injections de cyanure de mercure et 12 de biiodure. Nouvelle amélioration. Néanmoins il continue à prendre du bismuth après les repas.

Le 30 novembre 1913, nous revoyons le malade : il présente un peu d'acidité après les repas, mais s'alimente normalement. A la radioscopie : estomac hypertonique, de forme normale, s'évacuant rapidement, sans douleur à la pression, sans niches ni lacunes. La réaction de Bordet-Wassermann, recherchée par M. Carrion le 1^{er} décembre 1913, est négative. Poids : 53 kilogs.

Depuis lors, le malade s'est toujours très bien porté, il est actuellement, en dépit de son âge en excellente santé.

Obs. III. — (Inédite.) — *Syphilis gastrique à forme d'ulcère. (Résumée.)*

M. Pr., 49 ans; syphilis à 19 ans; à 34 ans, une gomme du voile du palais ayant laissé une perforation. Vers 39 ans, crises gastriques douloureuses survenant 2 ou 3 fois par an d'abord, puis 4 à 6 fois.

A 46 ans, très violente hématemèse, suivie de méloëna : depuis lors, douleurs très vives provoquées par l'alimentation. Le malade n'a jamais de vomissements alimentaires, mais des vomissements aqueux et très acides. Selles régulières. Pas d'amaigrissement notable. Aucun autre signe de syphilis viscérale.

Aucune amélioration n'ayant été obtenue par le régime lacté absolu et la cure de bismuth, on institue, en novembre 1913, un traitement spécifique, par injections de biiodure de mercure. Le malade en ressent une amélioration immédiate.

Revu le 19 décembre 1913, il va beaucoup mieux, et peut s'alimenter à l'aide d'œufs, purées, bouillon de légumes et compotes. Il n'éprouve plus aucune douleur d'estomac.

Depuis lors, plus de troubles gastriques, mais le malade fait des accidents de bronchite chronique, avec des troubles névropathiques, devient morphinomane et meurt en 1918. Pas d'autopsie.

Obs. IV. — (*Inédite.*) — *Manifestations ulcéreuses chez un paralytique général.*

M^r G. R., 36 ans, dessinateur, ne présente aucun antécédent notable. Il est marié et père de 4 enfants bien portants. Pas d'éthylisme. Mobilisé au début de la guerre, il a été rendu à son service au Chemin de fer du Nord en avril 1915.

Le 7 juillet 1917 il vient consulter pour des troubles digestifs assez mal caractérisés. On constate alors un état de dépression psychique générale marquée, avec amaigrissement, pupilles inégales, et presque immobiles, exagération des réflexes rotuliens, bredouillement de la parole. On porte le diagnostic de paralysie générale probable.

Le 18 juillet 1917, à Ermont, le malade est pris d'une violente hémorragie gastrique, qui s'accompagne de syncope et se traduit par des hématomés roses et du mélœna. Le D^r Hourlier porte le diagnostic d'ulcère. Le mélœna se prolonge pendant une huitaine de jours, l'anémie posthémorragique est très intense et se répare lentement.

Le 28 novembre 1917, le malade conserve des troubles gastriques, les digestions sont douloureuses et le malade s'alimente difficilement. L'estomac ne paraît pas dilaté et la palpation est peu-douloureuse. Il est alors admis à Lariboisière (service du D^r Bensaude). Le D^r Chatelin confirme le diagnostic de paralysie générale : la réaction de Bordet-Wassermann est très fortement positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien ; hyperalbuminose et lymphocytose rachidiennes. Le malade reçoit 10 injections d'hectine A. Il est immédiatement très amélioré au

point de vue général comme au point de vue gastrique, et peut se réalimenter normalement.

Depuis lors, aucune trouble digestif ne réapparaît, et grâce à plusieurs séries de piqûres d'hectine, l'état général se maintient, le malade peut continuer à faire son service jusqu'au 11 juillet 1918; à ce moment, il est atteint d'une crise dépressive, et le 26 juillet d'une hémiplégie gauche. Il succombe à la fin de l'année à l'évolution de sa paralysie générale, sans avoir présenté de nouvelles manifestations gastriques.

Obs. V. — (*Résumée.*) — (M. Louis Ramond. — A propos d'un cas de syphilis gastrique. *Progrès Médical*, 4 janvier 1920.)

Femme de 46 ans, au cours d'une promenade, est prise d'un vomissement de sang. L'hématémèse ne se reproduit pas, mais perte de forces, pâleur, anémie. Pas de douleurs, ni de vomissements, ventre souple. La malade, au cours d'une belle santé apparente, a eu une hématémèse 14 ans auparavant, ne laissant pas de troubles dyspeptiques consécutifs.

La syphilis a été contractée à 21 ans et suivie d'accidents secondaires. Au niveau du dos, cicatrices blanchâtres, arrondies arciformes quelques-unes chéloïdiennes.

Obs. VI. — (*Résumée.*) — (Clark, cité par Kurzenne. *Thèse de Paris*, 1920).

Un homme de 65 ans souffre de l'estomac, depuis l'âge de 30 ans. Les crises douloureuses sont plus fortes depuis 9 ans, empêchant le sommeil, indépendantes des repas, plus vives quand l'estomac est vide. Vomissements, hémorragies abondantes, amenant amaigrissement et cachexie.

Réaction de Bordet-Wassermann positive. Un traitement spécifique de 24 jours ne calme pas les douleurs. Une intervention chirurgicale pratiquée montre deux petits ulcères près du pylore. L'examen histologique conclut à un ulcère spécifique. Six mois après le malade a engraisé de 41 livres et n'a plus de signes gastriques.

Obs. VII. — (*Résumée.*) — (*Leven. Bulletin de la Société de thérapeutique, (1913.)*)

Homme de 47 ans, a contracté la syphilis 5 ans auparavant et a suivi un traitement à peu près régulier. Depuis un an, violentes crises douloureuses qui se terminent par des vomissements tardifs.

La radioscopie montre du liquide de stase, une dilatation rétro-pylorique. Guérison obtenue avant la fin du traitement spécifique. A la radioscopie l'estomac fonctionne normalement.

Obs. VIII. — (*Fournier, cité par Dieulafoy. Manuel de Pathologie interne, tome II.*)

« Il y a une trentaine d'années, je soignais une belle fille, atteinte d'un rupia syphilitique du dos; elle guérit rapidement. Au bout de dix ans elle me fit demander, et je la trouvais moribonde; à côté d'elle était une cuvette pleine de sang; depuis trois ou quatre mois elle vomissait le sang, malgré toute la thérapeutique usitée en pareil cas. Je prescrivis l'iodure de potassium; il se produisit un véritable coup de théâtre. La guérison fut rapide. Six à sept ans après, je vis entrer dans mon cabinet un véritable spectre: c'était la femme. Elle arrivait d'Italie où elle avait été reprise de ses hématomés. Elle avait réclamé de l'iodure de potassium que les médecins n'avaient pas voulu lui administrer. Je l'ai prescrit et j'ai assisté à une véritable résurrection. »

Obs. IX. — (*Résumée.*) — (*Fioupe, cité par Fournier: Traité de la Syphilis, t. II, p. 483.*)

Homme de 56 ans pris subitement d'hématémèse, qui se renouvelle les jours suivants, et, est chaque fois plus abondante (3 litres). Le malade succombe après 5 jours. A l'autopsie: ulcération de l'estomac à bords nets, au fond de l'ulcération une artère béante. Lésions syphilitiques du foie et exostoses syphilitiques de plusieurs vertèbres.

Obs. X. — (*Résumée.*) — (*Max Einhorn: Philadelphia medical journal, 1900.*)

Une malade qui a contracté la syphilis 7 ans auparavant, a des symptômes d'ulcère gastrique : douleurs, vomissements et hématomèses à répétition amenant une anémie très marquée. La thérapeutique ne donne pas d'amélioration. Etant donné les antécédents spécifiques l'iodure est administré. La malade est vite améliorée et recouvre la santé.

Obs. XI. — (*Résumée.*) — (*Dieulafoy : Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1898.*)

Un homme atteint de tous les symptômes classiques de l'ulcère simple de l'estomac, fut soigné à plusieurs reprises à l'hôpital pendant 19 mois. Durant un nouveau séjour, où le malade accuse des douleurs gastriques très fortes qui ne lui laissent aucun repos, survient une hématomèse abondante. Pas d'amélioration malgré le traitement. Au cours d'un examen, on constate aux jambes des cicatrices qui font songer à la syphilis, l'interrogatoire confirme. Traité par le mercure et l'iodure le malade guérit.

Obs. XII. — (*Résumée.*) — (*Mackay : The Lancet, 1898.*)

Un homme de 24 ans, sans histoire d'antécédents syphilitiques, en état de collapsus à la suite d'une perte de sang, et, dans la crainte de vomissements nouveaux, fut mis en dernière ressource au mercure et à l'iodure. En 48 heures, grande amélioration. On continue le traitement, le malade recouvre la santé.

Obs. XIII. — (*Résumée.*) — (*Rosanova : La Semaine Médicale, 1^{er} octobre 1890.*)

Un soldat a, depuis 8 ans, tous les symptômes d'ulcère gastrique : douleurs, vomissements, hématomèses. La thérapeutique employée est inefficace. Les douleurs gastriques nocturnes coïncidant avec des douleurs térébrantes dans les jambes font songer à la syphilis. Le traitement spécifique institué donne une guérison rapide.

Obs, XIV. — (*Résumée.*) — (*Galliard : Archives Générales de Médecine, 1886.*)

Un homme, qui était venu consulter un an auparavant pour un sarcocèle syphilitique du testicule, est pris brusquement d'une hématomérose abondante. Le traitement spécifique institué, le malade guérit et n'a plus jamais souffert de troubles dyspeptiques.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis de l'estomac à forme d'ulcère semble être la forme la plus fréquente de la syphilis gastrique.

II. — Aucun symptôme n'est vraiment caractéristique.

III. — En présence de symptômes d'ulcère gastrique rebelle au traitement habituel, il faut penser à une syphilis possible, chercher un élément de probabilité dans les antécédents, dans la coexistence d'autres manifestations spécifiques, et une réaction de Bordet-Wassermann. Il faut surtout, si l'on a le moindre doute, instituer un traitement d'épreuve.

IV. — Le traitement spécifique donne immédiatement une amélioration considérable et des succès thérapeutiques remarquables.



Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu : le Président,
NOBÉCOURT

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRAL.** — Clin, médicales, Paris, 1834, t. II, p. 201.
- BARBIER.** — Syphilis de l'estomac. (*Thèse de Paris*, 1904.)
- BAYLAC** et **CHAMAYAC.** — Syphilis de l'estomac et pseudo-péritonite par perforation, *Archives méd. de Toulouse*, 1901, t. VII, p. 145.
- *Écho méd. de Toulouse*, 1901, n° 12 et 13.
- BECLÈRE** et **BENSAUDE.** — Un cas de syph. gastrique. Estomac biloculaire. Troubles graves de la nutrition simulant un cancer. Retour à la santé par le traitement spécifique. Contrôle radiologique (*Bull. et Mém. Société Méd. des Hôp.*, 19 mai 1911).
- BENSAUDE** et **RIVET** — Syphilis de l'estomac (*Presse Médicale*, 25 octobre 1919).
- L. BOUCHUT** et **M. LAMY** — Les gastro- et entéro-radiculites et leurs formes continues. (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, 1921, t. I, p. 1).
- CAPOZZI.** — Storio di un ulcera chron. dello stomacho (*Morgagni*, 1867, p. 89).
- CASTAIGNE.** — Crises gastriques du tabès ; interprétation. (*Journal des Praticiens*, 4 avril 1914).
- La syphilis dans les maladies chroniques. (*Journ. Méd. français*, décembre 1918, t. VII bis, n° 5, 204-205).
- CASTEX [M. MARIANO. R.]** — La syphilis dans l'étiologie des ulcères gastriques et duodénaux. (*Prensa medica Argentino*, 30 octobre 1917).
- CHIARI.** — Lues hereditaria mit gummöser Erkrankung des galleleitenden Apparates und des Magens. (*Prag. med. Woch.*, 1885, t. X, 461-463).

- Uber Magens-syph. *Zeitschrift zu Wirchow*, 70 Geburtstag, 1891, t. II, p. 296).
- CLARK.** — Contribução ao estudo clinico da syphilis do estomaco. (*Brasil méd.*, Rio de Janeiro, 1916, t. XXX, 89-98-114).
- Thèse d'agrégation, Rio de Janeiro, 1919.
- CESARIS (DEMEL)** — Sulla sifilide gastrica a tipo ulcerativo. (*Arch. per le Scienze Med.*, 1899, Turino, vol. XXIII n° 14).
- CORNIL.** — Leçons sur la syphilis. Paris, 1879, p. 406.
- Gommès syph. de l'estomac. Étude histologique (*Société méd. des Hôpitaux*, 22 mai 1874).
- CRUVEILHIER.** — Revue de Médecine, 1838.
- DIEULAFOY.** — Bullet. de l'Académie de Méd. de Paris, 17 mai 1898.
- Bulletin médical, 18 mai 1898, n° 40.
- Clin. de l'Hôtel-Dieu, 1897-1898, 4^e leçon.
- Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1900.
- Journal de Méd. et de Chir. pratiques, 10 décembre 1902.
- Manuel de Pathologie interne.
- DROZDA.** — Wien. med. Presse, n° 31, 1880.
- DUJARDIN - BEAUMETZ.** — Gazette des Hôpitaux, 1866, n° 16.
- EINHORN.** — Syph. of the stomach. (*Phil. and Journal*, 1900, p. 262, t. V).
- Further remarks on syphilis of the stomach. (*Med. Rec., New-York*, 1915, t. LXXVII, 421-424).
- Recent observation on syphilis of the stomach. (*Med. Rec., New-York*, 241-249).
- FIOUPE.** — Ulcère simple de l'estomac à marche foudroyante. Syphilis probable. (*Progrès-médical*, 1874).
- FLEXNER.** — Gastric. syph. with. report of a case of perforating syph. ulcer of the stomach. (*American Journal of Med. Scien. Philad.*, 1898, p. 424).
- FOURNIER.** — Note sur certains cas curieux de boulimie et

de polydipsie d'origine syphilitique. (*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, février 1871).

— Bull. de l'Académie de médecine, 18 janvier 1898.

— La Syphilis, t. I, n° 1, juillet 1903.

— Traité de la Syphilis, t. I, p. 710.

FRAENKEL. — Münch. med. Wochenschr., 1898, p. 162.

— Médecine moderne, 7 janvier 1899.

FREEMAN WARD. — La Syphilis (Fournier), juillet 1903.

GALLIARD. — Syphilis gastrique et ulcère simple de l'estomac. (*Arch. Génér. de Médecine*, janvier 1886).

— De la Syphilis gastrique. (*Compte-rendu des séances de l'Acad. de Méd.*, 6 juin 1911).

GALLIARD et MENDELSON. — Un cas de syphilis gastrique. (*Société méd. des Hôpitaux de Paris*, 16 mai 1919).

GOUZOT. — Contrib. à l'étude des maladies syphilitiques de l'estomac. (*Thèse de Bordeaux*, 1886, n° 47).

HAYEM. — De la syphilis stomacale. (*Presse Médicale*, n° 14, 18 février 1905).

— Sur un nouveau cas de syphilis stomacale. (*Presse Médic.*, n° 35, 2 mai 1906).

— A propos de la communication de M. Hepp d'un cas de syphilis gastrique. (*Bull. de la Société de l'Internat*, 23 février 1911, p. 67).

HAYEM et LION. — Maladies de l'estomac. (*Traité de Médecine Gilbert et Thoinot*, 1913).

HEMMETER. — Diseases of the stomach.

HEMMETER et STOKES. — The St. Johns Hopkins' Hosp. Reports, Baltimore, 1900, t. IX, p. 773.

HEPP. — Un cas de syphilis gastrique. (*Bulletin de la Société de l'Internat*, février 1911, n° 2, 67).

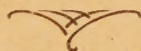
KERR. — Syphilitic ulcer of the stomach with resection. (*Georg Washington Univ. Bullet.*, 1917, t. XVI, p. 52-54).

KESER. — Syph. and gastric ulcer. (*British Med. Journal*, London, 1891, t. II, p. 696).

KURZENNE. — Formes cliniques de la syphilis gastrique chez

- l'adulte. (*Thèse de Paris*, 1920, Arnette, éditeur).
- LACAPÈRE** — Causes d'orientation de la syphilis. (*Presse Médicale*, n° 37, juillet 1919).
- LACASSAGNE** (Raoul). — Sur un cas d'ulcère gastrique syphilitique avec sténose pylorique guéri par le traitement mixte. (*Lyon Médical*, 1911).
- LANCEREAUX**. — Étude sur les lésions viscérales susceptibles d'être rattachées à la syphilis constitutionnelle. (*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 26 août 1864).
- Traité de la Syphilis, 1866, p. 310.
- LETULLE**. — Les laissés pour compte de la médecine de guerre. (*Presse Médicale*, n° 36, 26 juin 1919).
- LEVEN**. — La syphilis gastrique ou fréquence méconnue en clinique. (*Société de Thérapeutique*, 11 juin 1913, p. 62-66).
- Sur un cas de syphilis gastrique. (*Bull. gén. de Thérap.* Paris, 1910).
- Une forme de syphilis gastrique. Le petit estomac syphilitique. (*Bull. et Mémoires de la Soc. de radiologie Méd. de Paris*, 1912, t. IV, 163-165).
- LIPSCHITZ**. — Syphilis de l'estomac à forme pseudo-cancéreuse. (*Thèse de Paris*, 1920, Arnette, éditeur).
- LION**. — De la syphilis de l'estomac. (*Paris Méd.*, juin 1911).
- MACKAY**. — The role of syphilis in the etiology of simple ulcer of the stomach. (*The Lancet*, 24, XII, vol. II, p. 1071).
- MAC NEIL**. — Syphilis of the stomach. (*Am. Journal syph. Saint-Louis*, 1917, t. I, p. 91-99).
- Syphilis ulcer of the stomach report of a case examined histologically. (*J. Amer. med. Ass. Chicago*, 1915, t. LXIV, p. 430).
- MANUELA**. — A sudra unui caz de sifilis gastric secundar spinalului. (*Revist. Medic.*, 1901, XXI, p. 103).
- MARFAN**. — Les ulcérations gastriques. (*Gaz. des Hôpitaux*, 23 avril 1887).
- MATHIEU**. — La syphilis gastrique. (*Gaz. des Hôpitaux*, Paris, 1911, 1231-1236).

- MURCHINSON.** — Transac. of path. Soc. 1870, t. XXI, Syphilis. Ulcère de l'estomac. (*in Galliard*).
- NEUMANN.** — Nothnagel's specielle Patholog. u. Therapie Bd. XXIII, Syphilis, S. 35, Vienne, 1896.
- PATER.** — Syphilis de l'estomac. (*Gaz. des Hôpitaux*, 9 nov. 1907).
- Sur la Syphilis de l'estomac. (*Thèse de Paris*, 1907).
- PRON** — Deux cas de syphilis gastrique. (*Bull. gén. de Thérap.*, 1917, CLXIX, p. 563-567).
- FELIX RAMOND.** — Les dyspepsies. (Cussac, édit., 1920).
- LOUIS RAMOND.** — A propos d'un cas de syphilis gastrique. (*Progrès Médical*, n° 1, 4 janvier 1920).
- ROSANOW.** — Med. Obozr., Moscou, 1890, n° 7, et Semaine Médicale, 1890, n° 43.
- SOUPAULT.** — Traité des maladies de l'estomac, art. Sténose du pylore, p. 343, et art. Syphilis de l'estomac, p. 617.
- TAVERNIER.** (de Lille). — Monatscheft für prakt. Dermat., 1887, n° 12. Beitrag zum Studium der syphilitischen krankheiten des Magens, von Dr Gouzot.
- TROUSSEAU.** — Traité de Thérapeutique, 1875, t. I, p. 295.
- WIDAL et MESLAY.** — Ulcérations gastriques. (*Semaine Médicale*, 1897.)
- ZAWADZKI et LUXEMBURG.** — Contrib. to case of round ulcer of the stomach with alterations of syphilitic nature of the blood vessels. (*Gaz. lek. Warszawa*, 1893, XIII, 1233).



Imprimerie-Reliure VERTONGEN, Paris, 50, rue St-Lazare.
